



ASSICARE

INDENNITARIO

Piano sanitario promosso da Assicura Agenzia S.r.l. nell'ambito dell'accordo di promozione mutualistica con Cooperazione Salute SMS ETS

Dedicato a: i Soci e Correntisti delle Banche, gli Associati, gli Intermediari ed i Dipendenti dei distributori, inclusi i loro Familiari, che collaborano con Assicura Agenzia s.r.l. nonché i Clienti di Assicura Agenzia s.r.l.

Edizione 09/2023

PIANO SANITARIO INDENNITARIO

DESTINATARI	I SOCI E CORRENTISTI DELLE BANCHE, GLI ASSOCIATI GLI INTERMEDIARI ED I DIPENDENTI DEI DISTRIBUTORI, INCLUSI I LORO FAMILIARI, CHE COLLABORANO CON ASSICURA AGENZIA S.R.L. NONCHÉ I CLIENTI DI ASSICURA AGENZIA S.R.L.
--------------------	---

SOMMARIO

PREMESSE	2
CHI SIAMO	2
PIANO SANITARIO ASSICARE	2
GLOSSARIO	3
FORME DI ASSISTENZA	8
OPZIONI E PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	11
SCHEMA RIASSUNTIVO DEL PIANO SANITARIO	12
PRESTAZIONI OSPEDALIERE: GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI, GRAVI PATOLOGIE	13
PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA - LONG TERM CARE (LTC).....	14
COPERTURA PANDEMICA.....	17
ASSISTENZA H24.....	18
NORME DI ATTUAZIONE	19
NORME PARTICOLARI.....	19
LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI	22
NORME GENERALI.....	24
ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	28
ALLEGATO 2 - ELENCO GRAVI PATOLOGIE	31

PREMESSE

CHI SIAMO

Cooperazione Salute è una Società di Mutuo Soccorso nazionale, costituita ai sensi della Legge 15 aprile 1886, n. 3818, che ha per scopo la solidarietà sociale e sanitaria ed opera, senza alcuna finalità di lucro, esclusivamente in favore dei propri soci e dei loro familiari, o dei soci di altre OMS ad essa associate, intendendo far partecipare i medesimi ai benefici della mutualità, con specifica, ancorché non esclusiva, attenzione al settore sanitario, anche attraverso l'istituzione o gestione dei fondi sanitari integrativi di cui al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i..

Dal 2014 La mutua nazionale opera per garantire ogni giorno un sostegno concreto a persone e famiglie, imprese ed enti del terzo settore, per un'attenta tutela della salute e del risparmio.

In un contesto in cui crescono e si diversificano le esigenze di cura della popolazione e aumenta la spesa sanitaria in capo ai cittadini, la sanità integrativa rappresenta un supporto indispensabile e sussidiario al Servizio Sanitario Nazionale e alle politiche di welfare del nostro Paese.

La gestione e l'operato di Cooperazione Salute nel corso degli anni confermano il modello mutualistico e cooperativo come uno dei protagonisti a sostegno delle persone e della collettività. Un modello no-profit trasparente, nel quale le risorse acquisite vengono costantemente ed esclusivamente reimpiegate a favore degli iscritti per migliorare le prestazioni e i piani sanitari.

Un'alternativa responsabile, trasparente, accessibile, inclusiva e sostenibile nel tempo.

La centralità della persona, primo tra i valori cooperativi, costituisce il fulcro del nostro operato e il nostro vero vantaggio competitivo.

PIANO SANITARIO ASSICARE

L'iscrizione al Piano sanitario Assicare è consentita ai soci e correntisti delle Banche, agli associati, agli intermediari ed ai dipendenti dei distributori, inclusi i loro familiari, che collaborano con Assicura Agenzia s.r.l. nonché ai clienti di Assicura Agenzia s.r.l., in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto vigente di Cooperazione Salute, sulla base dell'accordo mutualistico stipulato tra Assicura Agenzia S.r.l. e Cooperazione Salute.

Cooperazione Salute garantisce agli Aderenti una copertura sanitaria integrativa, così come previsto e normato dal presente Piano sanitario, dalla sezione Norme di Attuazione in esso contenute, nonché dallo Statuto vigente della Società di Mutuo Soccorso.

Cooperazione Salute mette a disposizione la propria rete di Strutture convenzionate al fine di garantire la massima affidabilità ed efficacia nell'assistenza.

Il Piano sanitario ha l'obiettivo di fornire agli Aderenti e agli Aventi diritto un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni in esso previste.

GLOSSARIO

Nel presente Glossario sono definiti i termini utili alla comprensione del presente documento, caratterizzati nel testo del Piano sanitario dalla lettera iniziale maiuscola. La definizione dei termini al singolare vale anche per i relativi plurali e viceversa. Il Glossario è da intendersi quale parte fondamentale ed integrante del Piano sanitario.

TERMINE	DEFINIZIONE
Aderente:	la persona fisica che sottoscrive un Piano sanitario con Cooperazione Salute assumendo la qualifica di Socio ordinario della Società di Mutuo Soccorso e Aderente al Piano sanitario.
Area Riservata:	portale web di Cooperazione Salute accessibile mediante credenziali personali, ad utilizzo gratuito, a cui è possibile registrarsi soltanto se già iscritti alla Società. È lo strumento che permette di utilizzare i servizi che Cooperazione Salute offre per beneficiare della propria copertura sanitaria integrativa.
Assistenza in forma indiretta:	regime per cui all'Aderente è riconosciuto, sulla base delle previsioni del Piano sanitario, un Indennizzo forfettario al verificarsi di un Sinistro in copertura.
Assistenza:	aiuto in denaro o in natura fornito all'Aderente che si trovi in difficoltà a causa dell'occorrenza di un evento fortuito.
Avente diritto:	la persona fisica non socia di Cooperazione Salute che beneficia di un Piano sanitario della Società in quanto Familiare dell'Aderente, previo versamento da parte dell'Aderente del relativo Contributo di adesione, ove previsto dal Piano sanitario.
Carenze contrattuali/Termini di aspettativa:	il periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza del Piano sanitario e l'effetto della Garanzia.
Cartella clinica:	diario diagnostico-terapeutico avente natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la cartella clinica completa.
Centrale operativa/Struttura organizzativa:	la struttura di Cooperazione Salute, composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dagli Aderenti
Centro medico:	struttura dotata di direzione sanitaria, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi). Tale struttura può anche non essere adibita al Ricovero, e non deve essere finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica.
Contributo di adesione:	la somma che il soggetto versa a Cooperazione Salute per diventare Socio Ordinario e Aderente al Piano sanitario.
Day Hospital/ Day Surgery:	Ricovero in Istituto di cura, di durata inferiore a un giorno e senza pernottamento, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica. La permanenza in Pronto Soccorso non costituisce Day Hospital.
Difetto fisico:	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Domanda di adesione al Piano sanitario:	modulo consegnato all'Aderente al momento dell'adesione al Piano sanitario, finalizzato alla presentazione formale della domanda di iscrizione del soggetto a Cooperazione Salute e di adesione al Piano sanitario prescelto.
Evento e Data Evento:	Per il Ricovero, anche in regime di Day Hospital/Day Surgery, o l'Intervento ambulatoriale previsti dal Piano sanitario, la data dell'evento coincide con la data del Ricovero stesso o dell'intervento in ambulatorio. Per le prestazioni extraospedaliere sanitarie, socio-sanitarie od odontoiatriche: in caso di singola prestazione, la data dell'evento coincide con la data della prestazione stessa, in caso di più prestazioni ricomprese in un Piano sanitario terapeutico, la data dell'evento coincide con la prima prestazione effettuata.
Familiare:	Uno dei soggetti di seguito elencati, riscontrabile nel certificato di stato di famiglia dell'Aderente o, nel caso dei figli, in alternativa da certificato di nascita: <ul style="list-style-type: none"> • coniuge o partner unito civilmente (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato; • convivente di fatto di cui alla L.76/2016 (Art. 1, comma 36); figli dell'Aderente: legittimi, naturali, riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati.
Franchigia:	somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Aderente. Se espressa in giorni, equivale al numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Aderente l'importo garantito; il primo e l'ultimo giorno di Ricovero sono considerati come un unico giorno.
Garanzia:	individua l'evento dannoso coperto dal Piano sanitario.
Grandi interventi chirurgici:	l'insieme degli interventi chirurgici previsti nell'elenco "Grandi Interventi Chirurgici" allegato al Piano sanitario.
Gravi patologie:	l'insieme delle gravi patologie previste nell'elenco "Gravi Patologie" allegato al Piano sanitario.
Indennizzo/Indennità:	somma forfettaria dovuta al verificarsi del Sinistro, escludente il Rimborso e l'Assistenza diretta per lo stesso Sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna, che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili
Intervento chirurgico concomitante:	ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.
Intervento chirurgico:	intervento e/o procedura definiti nell'ambito della classificazione degli "interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche" in base a quanto previsto ed indicato dalla classificazione internazionale delle malattie (ICD-9-CM), ed utilizzata dai protocolli sanitari emanati dal Ministero della Salute, che vengono eseguiti in sala operatoria, con la presenza di un medico anestesista e l'assistenza di una equipe operatoria, per i quali sia necessario un Ricovero – anche in Day Surgery - in regime ordinario. Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.
Istituto di cura:	ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni o assistenza, i centri del benessere.
Lungodegenza:	degenza ospedaliera riservata ai pazienti che, conclusa la fase acuta del Ricovero, necessitano di un prolungamento del regime ospedaliero in quanto le condizioni cliniche generali postumi della patologia di base non consentono l'immediato rientro in ambito domiciliare.
Malattia Mentale:	le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel quinto capitolo "Disturbi psichici" della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM).
Malattia terminale:	condizione irreversibile in cui la Malattia non risponde più alle terapie che hanno come scopo la guarigione ed è caratterizzata da una progressiva perdita di

	autonomia della persona e dal manifestarsi di disturbi (sintomi) sia fisici, ad esempio il dolore, che psichici. In questa condizione il paziente presenta un'aspettativa di vita di circa 90 giorni, non più suscettibile di terapia specifica chemio/radio terapeutica o chirurgica con un indice di Karnofsky minore o uguale a 50.
Malattia:	qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, non dipendente da Infortunio. La algia di qualsiasi natura, ad esempio la sciatalgia, la lombalgia, la cervicalgia, rappresenta un dolore localizzato o un sintomo ma non una patologia. Non sono considerate patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Aderente deve inviare a Cooperazione Salute non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Aderente, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni.
Malformazione:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale:	importo stabilito per singolo anno di copertura e per singola area di Garanzie del Piano sanitario, rappresentante la spesa massima che la Società si impegna a sostenere nei confronti dell'Aderente, e per gli Avente Diritto se previsto, per la relativa area di Garanzie/Garanzia.
Medico di Medicina Generale (MMG):	alla categoria dei medici di Medicina Generale appartiene: il Medico di Assistenza Primaria, ossia il medico convenzionato con la ASL per l'esercizio della professione nell'ambito dell'assistenza primaria all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (medico di famiglia); il Medico di Continuità Assistenziale (Guardia Medica); il Medico dell'Emergenza - Urgenza; il Medico addetto alla Medicina dei Servizi.
Medico specialista:	medico chirurgo che ha conseguito una specializzazione universitaria in una particolare disciplina medica o chirurgica, regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici.
Network:	rete convenzionata di Cooperazione Salute, costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, Istituti di cura, Centri Medici, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta, mista o indiretta.
Pandemia:	epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.
Patologia in atto/ Patologia preesistente:	Malattia diagnosticata e/o che abbia reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'entrata in vigore della copertura del Piano sanitario.
Piano sanitario:	documento che descrive e disciplina il complesso delle Garanzie, delle attività e dei servizi erogabili da Cooperazione Salute all'Aderente e/o all'Avente diritto.
Promotore mutualistico	Assicura Agenzia S.r.l.
Reclamo/Doglianza:	una dichiarazione di insoddisfazione non generica con cui l'Aderente avanza una specifica pretesa nei confronti della Società relativa alle prestazioni e ai servizi di cui ha usufruito, previsti dal Piano sanitario a cui aderisce. Non sono considerate doglianze le richieste generiche di informazioni o di chiarimenti.
Ricovero improprio:	degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento, non necessaria nel quadro clinico dell'Aderente, durante la quale non sono praticate terapie complesse e sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuabili in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.
Ricovero/Degenza:	permanenza in istituto di cura con pernottamento documentato da cartella clinica e da una scheda di dimissione ospedaliera. La permanenza nel pronto soccorso/astanteria non è considerata Ricovero o degenza se non segue il Ricovero nello stesso Istituto di cura.

Rischio:	la probabilità che si verifichi un evento dannoso coperto da una Garanzia del Piano sanitario.
Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO):	documento per la raccolta delle informazioni relative al paziente dimesso da un Istituto di cura pubblico o privato sul territorio nazionale. La SDO contiene una serie di informazioni desunte dalla cartella clinica del paziente, sia di tipo anagrafico (ad esempio sesso, data e luogo di nascita, comune di residenza), sia clinico (ad esempio diagnosi, procedure diagnostiche, informazioni sul Ricovero e la dimissione), nonché informazioni relative alla struttura dove è stato effettuato il Ricovero ospedaliero.
Scoperto:	somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Aderente.
Servizio Sanitario Nazionale (SSN):	sistema pubblico articolato su più livelli di responsabilità e di governo atto a garantire l'assistenza sanitaria ovvero la tutela o salvaguardia della salute dei cittadini, qualificato dalla legge italiana come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il Sistema Sanitario Nazionale si articola su più livelli di responsabilità: dal livello centrale costituito dallo Stato e dalle istituzioni di rilievo nazionale (ad esempio il Consiglio Superiore di Sanità e l'Istituto Superiore di Sanità) al livello regionale costituito dalle Regioni, dalle Province autonome e dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e aziende ospedaliere.
Sindrome influenzale di natura pandemica:	sindrome influenzale, causata da patogeno nuovo verso il quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida e interessa intere collettività in molte aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata e che riguarda un patogeno infettivo che causa malattie respiratorie di gravità variabile. Si riportano degli esempi: SARS-Cov, Sars-Cov2, Mers-Cov.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è garantita la prestazione.
Società:	Cooperazione Salute - Società di Mutuo Soccorso
Socio Ordinario:	sono soci ordinari i soggetti in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto di Cooperazione Salute, che hanno presentato formale richiesta di iscrizione alla stessa per sé o per i propri familiari e che hanno ricevuto la conferma di iscrizione da parte di Cooperazione Salute.
Sport estremi:	I seguenti sport: <ul style="list-style-type: none"> • salto dal trampolino con gli sci o idrosci • sci acrobatico • bob • rugby • immersioni con autorespiratore • football americano • pugilato • atletica pesante • lotta in tutte le sue forme • alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese • speleologia • sport aerei • sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove) • downhill
Sport professionistico/Gare professionistiche:	attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva
Struttura convenzionata:	Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi, centro odontoiatrico e qualsiasi altra struttura sanitaria o socio-sanitaria con cui Cooperazione Salute ha definito un accordo (convenzionamento con il Network) per il pagamento diretto o indiretto delle prestazioni.

Struttura sanitaria privata:	società, istituto, associazione, centro medico e diagnostico e ogni altro ente o soggetto privato, in qualsiasi forma organizzato, che operi nel settore dei servizi sanitari, regolarmente autorizzato all'esercizio delle attività sanitarie (e accreditato, nel caso di erogazione di prestazioni in nome e per conto del SSN) dalle autorità competenti.
Sub-massimale/ Sotto limite:	importo stabilito per la singola Garanzia/Sotto-Garanzia del Piano sanitario per anno di copertura, rappresentante la spesa massima, ricompresa nel Massimale principale a cui fa riferimento, che la Società si impegna a sostenere nei confronti dell'Aderente, o Avente diritto se previsto, per detta Garanzia/Sotto-Garanzia.
Telemedicina:	modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località.
Voucher di riconoscimento:	documento di riconoscimento che permette alle Strutture convenzionate di identificare come Aderente o Avente diritto ad un Piano sanitario di Cooperazione Salute il soggetto che lo presenta, permettendogli di beneficiare delle tariffe agevolate concordate dalle Strutture convenzionate del Network con la Società.

FORME DI ASSISTENZA

ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA

ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA



Richiedi un rimborso

L'Assistenza in forma indiretta prevede l'erogazione di un indennizzo predefinito a fronte del verificarsi di un Evento previsto dal Piano sanitario. Per richiedere un Indennizzo l'Aderente dovrà far pervenire a Cooperazione Salute entro **90 giorni** dalla data di dimissione dal Ricovero oppure non appena ne abbia la possibilità, la seguente documentazione:

- Prescrizione medica del Medico di Medicina Generale del SSN o del Medico specialista contenente l'indicazione della diagnosi. **La prescrizione è ritenuta valida se riportante data uguale o antecedente di non più di 365 giorni la data del documento di spesa.**
- Copia conforme della cartella clinica completa, unitamente alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO), ove prevista dal Piano sanitario;
- in caso di Infortunio deve essere presentato anche: referto del Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Aderente può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

8

Nei casi di particolare complessità nei quali la documentazione inviata dall'Aderente non permettesse di escludere con certezza la presenza di patologie preesistenti, la Società si riserva di richiedere un certificato anamnestico e i relativi referti.

La richiesta di Indennizzo potrà essere presentata a Cooperazione Salute:

- tramite AREA RISERVATA: compilando il form nella sezione Pratiche - Nuova richiesta di Rimborso/Indennizzo e allegando copia della documentazione sopra elencata;
- tramite l'inserimento della richiesta di Rimborso/Indennizzo da parte del Promotore mutualistico nel portale della Società, mediante proprie utenze.

ACCESSO AI TARIFFARI AGEVOLATI DEL NETWORK CONVENZIONATO



Elabora il voucher per te e i tuoi familiari

Per richiedere l'applicazione delle tariffe agevolate è necessario farsi riconoscere dalla Struttura convenzionata come aderenti a Cooperazione Salute tramite il **voucher di riconoscimento**, il documento attestante la propria adesione alla Mutua, avente validità mensile ed elaborabile autonomamente tramite la schermata Home della propria Area Riservata.

GESTIONE DEGLI INDENNIZZI

Nel caso in cui l'Aderente disponga di altre forme di copertura sanitaria, oltre a quella del SSN, si impegnerà a comunicare a Cooperazione Salute l'importo degli eventuali rimborsi o indennizzi percepiti da altri Enti, Fondi o Compagnie Assicuratrici per lo stesso Evento/documento di spesa/per la stessa prestazione per cui presenta richiesta a Cooperazione Salute. Tale comunicazione dovrà pervenire, in fase di inserimento della richiesta di Indennizzo in Area Riservata, tramite la compilazione dell'apposito campo.

Invio della documentazione tramite Area Riservata



1. L'Aderente dovrà verificare che la pratica sia stata acquisita da Cooperazione Salute e che abbia assunto lo stato "Protocollata" nell'apposita sezione Pratiche - Le mie richieste, in Area Riservata. Successivamente, l'Aderente dovrà monitorare lo stato della pratica e le eventuali relative comunicazioni presenti nella medesima sezione.
2. Se, in fase di gestione della richiesta, si dovesse rilevare incompletezza nella documentazione presentata, nel caso di Garanzia prestata mediante convenzione assicurativa, la Compagnia Assicurativa coinvolta e specificata nel Piano sanitario, provvederà ad inviare una richiesta direttamente all'Aderente e a Cooperazione Salute affinché sia visibile nella sezione Comunicazioni della Pratica. Cooperazione Salute invierà un'e-mail, all'indirizzo utilizzato in fase di registrazione all'Area Riservata, con l'invito ad accedere al portale dedicato per visualizzare i messaggi. A seguito della ricezione di tale comunicazione l'Aderente avrà a disposizione **30** giorni effettivi per integrare la documentazione incompleta e/o non esaustiva, pena la non indennizzabilità della pratica. La documentazione integrativa dovrà essere inviata tassativamente rispondendo alla comunicazione ricevuta in Area Riservata, o tramite il Promotore mutualistico, non inserendo una nuova richiesta di Indennizzo.
3. A conclusione della gestione della pratica, nella sezione dedicata dell'Area Riservata Pratiche - Le mie richieste, sarà possibile visionare lo stato assegnato.
 - a. Nel caso di respingimento verrà comunicata la ragione del diniego dell'Indennizzo (prestazione non prevista dal piano, richiesta Indennizzo tardiva o incompleta, raggiungimento del massimale, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).
 - b. Nel caso di riconoscimento dell'Indennizzo, la pratica assumerà lo stato "Liquidata" e verrà inviata dalla Compagnia Assicurativa coinvolta e specificata nel Piano all'Aderente e in copia a Cooperazione Salute, tramite e-mail, comunicazione attestante la liquidazione, verificabile sul proprio conto corrente in funzione delle tempistiche di accredito del proprio istituto di credito

CONTATTI DI COOPERAZIONE SALUTE

Molte delle informazioni che cerchi sono facilmente reperibili nella tua Area Riservata, raggiungibile dal nostro sito internet assicare.cooperazionesalute.it

Puoi consultare il tuo piano sanitario, avere informazioni sulle modalità di assistenza, consultare gli elenchi delle Strutture convenzionate e scaricare la modulistica per le tue richieste di Rimborso o Indennizzo.

Ti è rimasto qualche dubbio che credi di poter risolvere rapidamente con una semplice comunicazione?

Inviaci la tua Richiesta Informazioni direttamente dalla chat dedicata nella tua Area Riservata oppure all'indirizzo
e-mail assistenza.ccb@cooperazionesalute.it.

10

Desideri ricevere assistenza telefonica?

Chiama i nostri uffici allo **0461.1975484**

Indirizzo di Cooperazione Salute

Cooperazione Salute - Società di Mutuo Soccorso
Via Segantini, 10 – Trento

OPZIONI E PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Nel seguito sono descritte le tre coperture indennitarie opzionabili nel Piano sanitario:

- **Grandi Interventi Chirurgici**
- **Gravi Patologie**
- **Perdita Di Autosufficienza - Long Term Care (Ltc)**

L'Aderente, in fase di sottoscrizione, può decidere di selezionare una o più garanzie fra quelle previste, scegliendo al massimo una opzione di massimale per Garanzia.

Una volta sottoscritto, il Piano sanitario è composto dalle garanzie prescelte dall'Aderente al momento della sottoscrizione.

Si invita l'Aderente a prendere visione di ogni singola Garanzia sottoscritta. Si invita altresì l'Aderente a prendere visione delle carenze contrattuali, delle esclusioni e delle eventuali limitazioni riferite al Piano sanitario, descritte nelle Norme di Attuazione ricomprese nel presente documento.

L'erogazione delle prestazioni riferite a Grandi Interventi Chirurgici, Gravi Patologie, Perdita Di Autosufficienza - Long Term Care (Ltc) è garantita da Cooperazione Salute mediante convenzioni assicurative sottoscritte dalla Società con Assimoco S.p.A. Con l'adesione al Piano sanitario, ciascun Aderente riceve le prestazioni riferite alla specifica convenzione direttamente dalla Compagnia Assicurativa, secondo quanto previsto dal presente documento e dalle relative condizioni di assicurazione.

La copertura pandemica è sempre prevista con la sottoscrizione del Piano Sanitario indipendentemente da quali garanzie vengono selezionate.

SCHEMA RIASSUNTIVO DEL PIANO SANITARIO

GARANZIA	MASSIMALI, SCOPERTI E FRANCHIGIE
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Indennizzo predefinito in caso di Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e /o di Ricovero per Gravi Patologie (Vedi allegati 1 e 2)	
Grandi Interventi Chirurgici	Opzione A: € 50.000 per evento Opzione B: € 75.000 per evento Opzione C: € 100.000 per evento
Gravi Patologie	Opzione A: € 10.000 per evento Opzione B: € 20.000 per evento Opzione C: € 30.000 per evento
PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA - LONG TERM CARE	
Indennizzo predefinito in caso di Perdita di autosufficienza	
LTC 1 Condizioni:	
Punti 40	Indennizzo: € 15.000 anno/persona
Punti 35	Indennizzo: € 7.500 anno/persona
LTC 2 Condizioni:	
Punti 40	Indennizzo: € 20.000 anno/persona
Punti 35	Indennizzo: € 10.000 anno/persona
COPERTURA PANDEMICA	
Garanzia sempre operante in caso di sottoscrizione del Piano sanitario, indipendentemente da quali garanzie /opzioni sono attivate.	
Indennità in caso di Ricovero per accertamento o cura di Sindromi influenzali di natura pandemica	€ 50 per i primi 15 giorni di Ricovero € 25 per successivi, fino a massimo 30 giorni per Ricovero
Indennità da convalescenza post Ricovero in terapia intensiva per la cura di Sindromi influenzali di natura pandemica	€ 2.500,00 una tantum
ASSISTENZA SANITARIA H 24	
Assistenza sanitaria, socio-sanitaria e Assistenza in viaggio	Sempre operante

PRESTAZIONI OSPEDALIERE: GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI, GRAVI PATOLOGIE

1. INDENNIZZO PREDEFINITO IN CASO DI RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E/O PER GRAVI PATOLOGIE

1.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

Qualora le garanzie siano state sottoscritte in fase di adesione al Piano sanitario, in caso di Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici (vedi *Allegato 1 – Grandi interventi Chirurgici*) e/o Ricovero per Gravi Patologie con o senza intervento chirurgico (vedi *Allegato 2 – Gravi Patologie*), verificatosi durante l'effetto della copertura del presente Piano sanitario, all'Aderente è garantito il pagamento di un indennizzo forfettario predefinito per ciascun evento, sulla base della Garanzia prescelta e della relativa opzione di massimale sottoscritta (vedi lo "Schema riassuntivo" nella sezione "Opzioni e prestazioni del Piano sanitario").

13

Si precisa che nel caso di:

- Grandi Interventi Chirurgici concomitanti nell'ambito dello stesso Ricovero, l'indennizzo di cui alla presente Garanzia è riconosciuto solo una volta;
- più ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici imputabili alla medesima patologia, l'indennizzo viene riconosciuto una sola volta per anno di copertura;
- più ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici imputabili a patologie diverse, l'indennizzo viene riconosciuto per ogni evento che ha reso necessario il Ricovero.
- Ricovero per Gravi Patologie concomitanti nell'ambito dello stesso Ricovero, con o senza intervento chirurgico, l'indennizzo di cui alla presente Garanzia è riconosciuto solo una volta;
- più ricoveri imputabili alla medesima Grave Patologia, l'indennizzo viene riconosciuto una sola volta per anno di copertura;
- più ricoveri per Gravi Patologie imputabili a patologie diverse, l'indennizzo viene riconosciuto per ogni evento che ha reso necessario il Ricovero;
- Ricovero per una Grave Patologia che determini la necessità di esecuzione di un Grande Intervento Chirurgico, è riconosciuto sia l'indennizzo per Grave Patologia che per Grande Intervento Chirurgico.

1.2 MASSIMALE E MODALITÀ DI FRUIZIONE

La prestazione è garantita mediante l'**Assistenza in forma indiretta**:

- pagamento di un indennizzo predefinito a seconda dell'opzione di Garanzia e massimale prescelto in fase di sottoscrizione (vedi lo "Schema riassuntivo" nella sezione "Opzioni e prestazioni del Piano sanitario"). Non sono previsti scoperti o franchigie.

PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA - LONG TERM CARE (LTC)

1. INDENNIZZO PREDEFINITO IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

1.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

Qualora sottoscritta in fase di adesione al Piano sanitario, la Garanzia opera per i casi di Non autosufficienza nel compimento delle attività primarie della vita quotidiana, come definita al punto 1.2 “Criteri per l’accertamento della perdita dell’autosufficienza”, derivanti da Infortunio, Malattia o intervento chirurgico, che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente Garanzia, un punteggio pari o superiore a **40 punti (prestazione completa)** o pari ad almeno **35 punti (prestazione parziale)**, permanente e/o comunque perdurante per almeno 90 giorni.

Lo stato di Non autosufficienza dell’Aderente deve verificarsi successivamente alla data di effetto della copertura e durante il periodo di copertura del Piano sanitario.

L’erogazione dell’indennizzo forfettario avviene fintanto che l’Aderente permane nello stato di Non autosufficienza, rilevante in base alle regole di calcolo previste dal presente Piano sanitario e comunque non oltre lo scadere della copertura a condizione che, ogni anno per il quale perdura lo stato di non autosufficienza, sia versato il contributo annuo relativo al Piano sanitario.

14

1.2 CRITERI PER L’ACCERTAMENTO DELLA PERDITA DELL’AUTOSUFFICIENZA

Per l’accertamento dello stato di Non autosufficienza viene valutata la situazione dell’Aderente rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana:

- lavarsi (Farsi il Bagno);
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- alimentazione (bere e mangiare).

La valutazione viene effettuata sulla base dei parametri seguenti, applicati dal Medico curante (Medico di Medicina Generale) e corredata da relazione medica del medesimo medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito all’Aderente da Assimoco per il tramite di Cooperazione Salute, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Farsi il bagno:

- **1° grado:** l’Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0
- **2° grado:** l’Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5
- **3° grado:** l’Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l’attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Vestirsi e svestirsi:

- **1° grado:** l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0
- **2° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5
- **3° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Igiene del corpo:

- **1° grado:** l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
 - (1) andare al bagno,
 - (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
 - (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:
punteggio 0
- **2° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5
- **3° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

15

Mobilità:

- **1° grado:** l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0
- **2° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5
- **3° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Continenza

- **1° grado:** l'Assistito è completamente continente: punteggio 0
- **2° grado:** l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5
- **3° grado:** l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Bere e mangiare

- **1° grado:** l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0
- **2° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:
 - sminuzzare/tagliare il cibo
 - sbucciare la frutta
 - aprire un contenitore/una scatola
 - versare bevande nel bicchierepunteggio 5

- **3° grado:** l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10

1.3 REGIME E CONDIZIONI DI EROGAZIONE

Assimoco, dopo la ricezione della documentazione relativa allo stato di Non autosufficienza dell'Aderente, si riserva di:

- comunicare entro 60 giorni le proprie valutazioni in merito alla situazione rappresentata, anche con riferimento al momento in cui lo stato di Non autosufficienza può dirsi verificato, ai fini dell'operatività della Garanzia;
- sottoporre l'Aderente a visita medica da parte di un proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Aderente;
- chiedere l'invio di ogni documento che ritengano necessario per valutare lo stato di salute dell'Aderente.

Una volta ricevuta la documentazione completa e fatte le opportune verifiche, Assimoco comunica all'Aderente e a Cooperazione Salute l'esito della verifica. Tale esito può consistere nella segnalazione di riconoscimento della Garanzia e del punteggio approvato per lo stato di Non autosufficienza (40 punti o 35 punti), oppure nel diniego della Garanzia stessa.

Successivamente al riconoscimento dell'erogabilità della Garanzia, entro il 15 di ottobre di ciascun anno di copertura Assimoco per il tramite di Cooperazione Salute può richiedere all'Aderente la trasmissione entro il 15 novembre della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di Non autosufficienza in copertura.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di Non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Aderente sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della Garanzia.

In alternativa Assimoco può inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario presso l'Aderente per la verifica. In sede di verifica annuale Assimoco provvede in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Qualora, in base alle regole di calcolo previste dalla Garanzia, sia determinato un punteggio pari o superiore a 35 punti e sino a 39 punti, Assimoco, provvede all'erogazione di un importo indennitario forfettario previsto dall'opzione di Garanzia prescelta.

1.4 AGGRAVAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Se si verifica un aggravamento entro i 30 giorni successivi alla data del riconoscimento della situazione di Non autosufficienza, che comporta la rivalutazione dello stato e l'assegnazione di un punteggio pari ad almeno 40 punti, l'Aderente ha diritto alla quota di prestazione superiore corrispondente al livello superiore nella misura prevista dalla Garanzia prescelta.

Decorsi i 30 giorni successivi alla data di riconoscimento della situazione di Non autosufficienza non è possibile nel medesimo anno effettuare per lo stesso evento ulteriori rivalutazioni, salvo l'insorgere di una situazione aggravata riferibile alla medesima causa che perduri per almeno ulteriori 90 giorni nel medesimo anno con assegnazione di un punteggio almeno pari a 40.

L'erogazione dell'indennità forfettaria è effettuata tramite bonifico bancario entro il 60esimo giorno successivo alla comunicazione di attivazione della Garanzia da parte di Assimoco.

1.5 MASSIMALE E MODALITÀ DI FRUIZIONE

La prestazione è garantita mediante l'**Assistenza in forma indiretta**:

- pagamento di un indennizzo predefinito a seconda dell'opzione di Garanzia e massimale prescelto in fase di sottoscrizione (vedi lo "Schema riassuntivo" nella sezione "Opzioni e prestazioni del Piano sanitario"). Non sono previsti scoperti o franchigie.

COPERTURA PANDEMICA

In caso di sottoscrizione di una o più garanzie tra: Grandi Interventi Chirurgici, Gravi Patologie e Perdita di autosufficienza - Long Term Care (LTC), indipendentemente dall'opzione prescelta, la presente Garanzia è sempre operante.

1. INDENNITÀ IN CASO DI RICOVERO

In caso di Ricovero dell'Aderente, con o senza intervento chirurgico, per l'accertamento o la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica presso una:

- struttura Ospedaliera del S.S.N.;
- struttura accreditata o convenzionata con S.S.N.;
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad es. ospedali privati, militari e da campo)

il Piano sanitario garantisce un'indennità di **€ 50** per ogni giorno di Ricovero per i primi 15 giorni e € 25 per i successivi, fino ad un massimo di **30 giorni** (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura). Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno. L'Indennità non è riconosciuta per la permanenza nel Pronto Soccorso/astanteria se non segue il Ricovero nella stessa struttura.

2. INDENNITÀ DA CONVALESCENZA POST TERAPIA INTENSIVA

In caso di Ricovero in terapia intensiva dell'Aderente per la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica presso una:

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

il Piano sanitario garantisce un'indennità da convalescenza (prescritta al momento delle dimissioni) una tantum di **€ 2.500** (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

ASSISTENZA H24

In caso di necessità dovuta a Malattia o Infortunio, l'Aderente può avvalersi di un servizio di assistenza sanitaria attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, contattando il numero gratuito dedicato **02.24128406**. Le prestazioni incluse riguardano le seguenti aree:

ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

- Videoconsulto e teleconsulto per consulenza medica di base o specialistica
- Invio di un medico/pediatra a domicilio
- Assistenza infermieristica e/o fisioterapica a domicilio
- Invio di un Operatore Socio Sanitario e/o di un Collaboratore/trice familiare
- Trasferimento sanitario programmato
- Monitoraggio del Ricovero ospedaliero
- Tutoring Assistenziale
- Second Opinion di un medico specialistica presso un centro di eccellenza
- Consegna farmaci presso l'abitazione
- Servizio spesa a casa
- Ricerca e invio di dog-sitter o cat-sitter

18

ASSISTENZA IN VIAGGIO

- Invio di un interprete all'estero
- Invio di medicinali all'estero
- Segnalazione di un medico Specialista all'estero
- Prolungamento del soggiorno dell'Aderente e/o dei familiari
- Viaggio di un familiare
- Assistenza ai minori di anni 12
- Rientro anticipato o posticipato

Il servizio di Assistenza H24 è messo a disposizione da Cooperazione Salute mediante una convenzione assicurativa con Ima Italia Assistance. Per conoscere le modalità di fruizione dell'Assistenza H24, i contenuti delle prestazioni e le eventuali limitazioni applicate, si invita l'Aderente a prendere visione del *Regolamento_Ima Italia Assistance* presente nella propria Area Riservata raggiungibile dal sito web o dall'App di Cooperazione Salute.

NORME DI ATTUAZIONE

NORME PARTICOLARI

1. OGGETTO DELLE PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL PIANO “ASSICARE”

I massimali e il numero di prestazioni previste variano a seconda dell'opzione del Piano sanitario prescelta tra *Grandi Interventi Chirurgici, Gravi Patologie, Perdita Di Autosufficienza - Long Term Care (Ltc)*.

Massimali, sotto-limiti, esclusioni e condizioni specifiche sono dettagliati nel presente documento, nelle opzioni e nella spiegazione delle singole prestazioni differenziate per opzione.

2. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Cooperazione Salute si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dai Piani sanitari, creando una apposita autonoma gestione separata nell'ambito del proprio bilancio, assumendo nella propria gestione mutualistica tutti gli eventuali avanzi o disavanzi gestionali delle medesime coperture per la durata di sottoscrizione dei Piani sanitari, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi.

L'erogazione di alcune Garanzie previste dal Piano sanitario è garantita da Cooperazione Salute mediante convenzioni assicurative sottoscritte dalla Società di Mutuo Soccorso con primarie Compagnie assicurative, esplicitamente segnalate nel presente documento. In particolare, L'erogazione delle prestazioni riferite a Grandi Interventi Chirurgici, Gravi Patologie, Perdita Di Autosufficienza - Long Term Care (Ltc) è garantita da Cooperazione Salute mediante apposite convenzioni assicurative sottoscritte dalla Società con Assimoco S.p.A.

Con l'adesione al Piano sanitario, ciascun Aderente riceve le prestazioni riferite alla specifica convenzione direttamente dalla Compagnia Assicurativa, secondo quanto previsto dal presente documento e dalle relative condizioni di assicurazione.

3. DESTINATARI E MODALITÀ DI ADESIONE

L'iscrizione a Cooperazione Salute per l'adesione al Piano sanitario è volontaria e consentita ai soci e correntisti delle Banche, agli associati, agli intermediari ed ai dipendenti dei distributori, inclusi i loro familiari, che collaborano con Assicura Agenzia s.r.l. nonché i clienti di Assicura Agenzia s.r.l., che ne facciano richiesta mediante la compilazione e l'invio della “Domanda di Adesione”. L'adesione si perfeziona mediante il pagamento del contributo richiesto.

Il richiedente, confermata la domanda di adesione da parte di Cooperazione Salute, acquisisce la qualifica di Socio Ordinario della Società di Mutuo Soccorso e di Aderente del suddetto Piano sanitario.

Possono aderire a Cooperazione Salute in qualità di Soci o di Aventi Diritto esclusivamente i soggetti aventi residenza in Italia.

4. ADESIONE DEI FIGLI MINORENNI E REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO DI ADESIONE

Ai piani sanitari possono aderire anche i figli minorenni dell'Aderente: legittimi, naturali, riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati, i quali assumono a loro volta singolarmente la qualifica di Avente diritto nei confronti di Cooperazione Salute.

Per l'adesione dei figli minorenni è richiesto all'Aderente il versamento del relativo Contributo unitamente alla compilazione di una domanda di adesione specifica per conto del proprio figlio/a minorenne.

Cooperazione Salute si riserva la facoltà di effettuare in qualunque momento opportune verifiche al fine di accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese dall'Aderente.

Le prestazioni garantite ad un Avente diritto sono tutte quelle ricomprese nel Piano sanitario indicato nella specifica domanda di adesione, compilata per suo conto dall'Aderente, per il quale è stato versato il relativo Contributo di adesione.

Qualora uno o più dei figli minorenni dell'Aderente perda nel corso dell'anno di copertura i requisiti di Avente diritto per il raggiungimento della maggiore età, la copertura rimarrà operante fino alla prima scadenza annuale e non potrà essere rinnovata dall'Aderente.

Al raggiungimento della maggiore età, al figlio Avente diritto è garantita la possibilità di aderire al Piano sanitario Assicare in autonomia, assumendo la qualifica di Socio Ordinario di Cooperazione Salute e Aderente al Piano sanitario. Qualora detto passaggio avvenga senza soluzione di continuità (quindi senza un giorno di mancata copertura), il computo dei periodi di carenza e di reintroduzione delle patologie pregresse ha origine dal giorno in cui ha avuto effetto la posizione di Avente diritto, per le prestazioni e i massimali previsti dal Piano sanitario nel quale il figlio minorenne era inserito.

Per quanto concerne: adesione, contributo, decorrenza, tacito rinnovo e disdetta, valgono le medesime prescrizioni riferite agli Aderenti, descritte nelle presenti Norme di attuazione.

5. LIMITI DI ETÀ

Possono aderire al Piano sanitario le persone maggiorenni che alla decorrenza dello stesso non abbiano già compiuto 75 anni.

Possono altresì aderire al Piano sanitario in qualità di Avente diritto i figli di un Aderente, come definiti al punto "Estensione del piano sanitario ai familiari minorenni e regolazione del contributo di adesione", dalla nascita al raggiungimento del 18° anno di età.

Per gli Aderenti già in copertura al raggiungimento del 75° anno di età la copertura potrà essere rinnovata fino al compimento dell'80° anno di età.

In caso di disdetta del Piano sanitario dopo il 75° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

6. DECORRENZA, DURATA, TACITO RINNOVO E DISDETTA DELLA COPERTURA

Per gli Aderenti e gli Aventi Diritto, la copertura sanitaria ha una durata minima di un anno ed ha effetto, al netto delle Carenze contrattuali previste dal Piano sanitario, dalle ore 00.00 del 1° gennaio, con scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre dello stesso anno, salvo buon fine dell'incasso del contributo di adesione anticipato, dovuto al momento della sottoscrizione.

Nel caso di adesione in corso d'anno, la copertura ha effetto, al netto delle Carenze contrattuali previste dal Piano sanitario, dalle ore 00.00 del primo giorno del mese successivo alla sottoscrizione, con scadenza:

- alle ore 24.00 del 31 dicembre dell'anno in corso, nel caso di adesione entro il 31 maggio;
- alle ore 24.00 del 31 dicembre dell'anno successivo, nel caso di adesione a partire dall'1 giugno.

salvo buon fine dell'incasso del contributo di adesione anticipato, dovuto al momento della sottoscrizione.

Al termine di tale periodo, in mancanza di disdetta da parte dell'Aderente mediante lettera raccomandata o PEC inviata a Cooperazione Salute o al Promotore mutualistico con un preavviso di almeno 60 giorni, la copertura si intende tacitamente rinnovata per un ulteriore anno e così di seguito. Nel caso di disdetta, l'Aderente potrà richiedere una nuova adesione ad un Piano sanitario di Cooperazione Salute trascorsi almeno 2 anni.

7. CONTRIBUTO

Il contributo è calcolato su base annuale, a copertura dell'anno solare intero, con versamento anticipato da effettuarsi contestualmente all'adesione al piano, entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno antecedente la decorrenza della copertura.

Diversamente, in caso di adesione e decorrenza in corso d'anno, l'importo del contributo da versare corrisponde:

- a) alla frazione d'anno in mesi interi che intercorre tra il momento dell'iscrizione e il 31 dicembre dello stesso anno (anche "rateo di contributo");
- b) all'intero contributo per l'anno solare successivo.

Per le adesioni tra l'1 giugno e il 30 settembre deve essere versato:

- contestualmente all'adesione ad Assicare, il rateo di contributo di cui alla lettera a), calcolato in base all'età anagrafica dell'Aderente al momento della sottoscrizione;
- entro il 31 dicembre del primo anno di copertura in corso, il contributo intero di cui alla lettera b), calcolato in base all'età anagrafica dell'Aderente al 1 gennaio dell'anno di copertura entrante.

Per le adesioni tra l'1 ottobre e il 30 novembre deve essere versata contestualmente all'adesione ad Assicare la somma dei contributi di cui alla lettera a) e alla lettera b), calcolati in base all'età anagrafica dell'Aderente al momento della sottoscrizione.

Il contributo di adesione può essere corrisposto in un'unica soluzione o mediante frazionamento mensile. In quest'ultimo caso il pagamento deve avvenire obbligatoriamente mediante addebito diretto SEPA.

8. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE

Cooperazione Salute gestisce mediante convenzione assicurativa con Assimoco S.p.A tutte le pratiche relative alle richieste di Indennizzo previste dal presente Piano sanitario relative alle garanzie Grandi Interventi Chirurgici, Gravi Patologie, Perdita di autosufficienza – Long Term Care, e garantisce che i tempi di liquidazione nell'Assistenza in forma indiretta (attraverso accredito sul c/c dell'Aderente) sono di massimo 30 giorni:

- dal ricevimento della documentazione completa, per le garanzie Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Patologie;
- dalla data di completamento degli accertamenti necessari alla verifica dello stato di non autosufficienza per la garanzia Perdita di autosufficienza – Long Term Care secondo quanto indicato al punto 1.3 "Regime e Condizioni di erogazione".

Tale termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

L'acquisizione da parte di Cooperazione Salute della documentazione sanitaria inviata dall'Aderente avviene esclusivamente tramite Area Riservata o per mezzo del Promotore mutualistico.

Qualora allo scadere dei 30 giorni previsti a seguito di richiesta di integrazione documentale da parte di Cooperazione Salute, la documentazione ricevuta dalla Società risulti ancora incompleta, la richiesta di Indennizzo è respinta.

L'Aderente ha la possibilità di presentare una nuova richiesta di Indennizzo per lo stesso Sinistro secondo i tempi e i modi previsti nella sezione "Forme di assistenza", paragrafo "Assistenza in forma indiretta" del presente Piano sanitario.

Nel caso in cui la prestazione sia riferita ad un Avente diritto minorenni:

- la richiesta deve essere presentata dall'Aderente attraverso la propria Area Riservata selezionando il nominativo dell'Avente diritto s cui di riferisce la prestazione.

L'Aderente potrà produrre in qualsiasi momento nella propria Area Riservata un riepilogo dei contributi versati e degli Indennizzi percepiti in forma indiretta con indicazione degli estremi delle fatture e/o note di spesa, utilizzabile ai fini delle detrazioni fiscali sulla parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico.

LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

9. CARENZE CONTRATTUALI

I termini di carenza sono fissati come segue, pertanto la copertura del Piano sanitario decorre:

- dal momento di effetto della copertura sanitaria, per le prestazioni conseguenti ad Infortunio e per la copertura pandemica;
- dal 30° giorno successivo alla decorrenza della copertura, per le prestazioni ospedaliere conseguenti a Malattia.
- dal 90° giorno successivo alla decorrenza della copertura, per le prestazioni di non autosufficienza conseguenti a Malattia.

Qualora l'Aderente nelle annualità successive alla decorrenza della copertura sottoscriva massimali più elevati e/o prestazioni aggiuntive, senza soluzione di continuità, i termini di aspettativa di cui sopra decorrono:

- dal giorno di prima iscrizione al Piano sanitario, per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previste;
- dal giorno in cui ha effetto la nuova configurazione del Piano sanitario, limitatamente alle maggiori somme e/o alle diverse prestazioni da esso previste.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano sanitario alle diverse prestazioni e ai nuovi Aderenti.

Nel caso di sospensione superiore ai 6 mesi o nuova iscrizione a seguito di disdetta del Piano sanitario, i termini di carenza saranno riconsiderati per intero.

A parziale deroga di quanto previsto dal presente articolo, qualora il Piano sanitario sia stato sottoscritto nel corso del 2023, 2024 o 2025, in sostituzione, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura), di un altro Piano sanitario, sottoscritto con altra Società di Mutuo Soccorso, attraverso il medesimo Promotore mutualistico di Cooperazione Salute, per la stessa tipologia di prestazioni e riguardante lo stesso Aderente, i termini di carenza sopra riportati operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il Piano sanitario sostituito, per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente Piano sanitario, limitatamente alle maggiori somme.

Nel caso di variazioni intervenute nel corso di una stessa adesione con Cooperazione Salute senza soluzione di continuità, i termini di carenza di cui al presente articolo decorrono dalla data di prima iscrizione al Piano sanitario Assicare per le prestazioni già precedentemente previste.

10. PATOLOGIE PREGRESSE

Sono escluse dalla copertura le malattie, anche croniche e recidivanti, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi anteriormente alla data di decorrenza del Piano sanitario. Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del Piano sanitario, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti al momento dell'adesione. La copertura per dette malattie, anche croniche e recidivanti, malformazioni e stati patologici, ad eccezione di quanto previsto per la copertura "Long Term

Care" (LTC), sarà prestata alle seguenti condizioni:

- a) per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), corresponsione del 35% dell'importo liquidabile;
- b) per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), corresponsione del 50% dell'importo liquidabile;
- c) per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), corresponsione del 75% dell'importo liquidabile.

A parziale deroga di quanto previsto dal presente articolo, qualora il Piano sanitario sia stato sottoscritto nel corso del 2023, 2024 o 2025, in sostituzione, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura), di un altro Piano sanitario, sottoscritto con altra Società di Mutuo Soccorso, attraverso il medesimo Promotore mutualistico di Cooperazione Salute, per la stessa tipologia di prestazioni e riguardante lo stesso Aderente, i termini di cui ai commi precedenti decorrono dalla data di sottoscrizione del predetto Piano Sanitario sostituito.

Nel caso di variazioni intervenute nel corso di una stessa adesione con Cooperazione Salute senza soluzione di continuità, i termini di cui ai punti a), b), c) del presente articolo decorrono dalla data di prima iscrizione al Piano sanitario Assicare.

11. ESCLUSIONI

Sono escluse dalla copertura sanitaria le spese per:

- prestazioni erogate da soggetti diversi da quelli previsti dalle singole coperture del Piano sanitario;
- conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza del piano, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il primo anno di età;
- prestazioni e cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dal Ministero della Salute;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla sottoscrizione del piano;
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, ad esclusione di specifiche deroghe, ove previste nei singoli piani sanitari;
- interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
- Ricoveri impropri;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- infortuni derivanti dalla pratica di Sport estremi, sport aerei in genere, corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti e/o correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo da Infortunio o conseguente ad Intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente;
- conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici;
- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;

- le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
- le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
- Le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindromi organiche cerebrali ad eccezione del Morbo di Parkinson e della Sindrome di Alzheimer in caso di Non Autosufficienza (LTC), forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS)

12. LINGUA DELLA DOCUMENTAZIONE

La documentazione in lingua diversa dall'italiano, inglese, tedesco, francese deve essere accompagnata da traduzione in lingua italiana. In caso di assenza della traduzione sul documento di spesa stesso, eventuali spese per richiederne una traduzione ufficiale sono a carico dell'Aderente.

13. PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITA'

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa. Fa fede la data di emissione del documento fiscale o, nel caso di Indennità, la data di fine dell'Evento (es. data di dimissioni in caso di Ricovero).

Non sono ammesse fatture in acconto, relative a prestazioni non ancora eseguite.

14. IMPOSTE E ONERI AMMINISTRATIVI

Sono a carico dell'Aderente:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica)

24

15. RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

Nel caso di indebito pagamento da parte di Cooperazione Salute per prestazioni non previste dal Piano sanitario, o dovuto ad accertate condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della copertura o l'inefficacia del Piano sanitario, Cooperazione Salute ne darà comunicazione all'Aderente il quale dovrà restituire l'intera somma indebitamente ricevuta.

NORME GENERALI

16. PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI

Salvo buon fine (SBF) dell'incasso del contributo anticipato di adesione, intero o frazionato, e salve le Carenze contrattuali previste dal Piano sanitario, gli Aderenti hanno diritto di ricevere le prestazioni previste dal Piano sanitario a cui hanno aderito a partire dal primo giorno di decorrenza della copertura.

17. DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE

I contributi di iscrizione ad un Piano sanitario individuale beneficiano della detraibilità fiscale nella misura del 19% del contributo fino al massimo di 1.300 euro ex-art 83, c. 5, del Codice del Terzo Settore – D.Lgs 3 luglio 2017, n. 117).

18. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA PER MANCATO VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO

In caso di mancato versamento del contributo, è data la possibilità all'Aderente di regolarizzare la propria posizione entro 30 giorni senza effetto sulla copertura.

In caso di mancata regolarizzazione dei versamenti entro i 30 giorni stabiliti, la copertura rimane sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno del mese successivo al mese di pagamento del contributo o della rata di contributo.

Qualora l'Aderente regoli la propria posizione entro la fine del 6° mese successivo al primo mancato versamento, la copertura sarà riattivata ad esclusione degli eventi riconducibili al periodo di sospensione o successivi alla regolarizzazione ma relativi a malattie o infortuni insorti o verificatisi nello stesso periodo di sospensione.

Trascorso il 6° mese di sospensione non sarà più possibile per l'Aderente regolarizzare la propria posizione e la copertura si intenderà automaticamente cessata con l'esclusione dell'Aderente dalla qualifica di Socio di Cooperazione Salute, come previsto dal Regolamento Attuativo Dello Statuto. Nel caso di esclusione dalla qualifica di Socio di Cooperazione Salute, il soggetto escluso potrà richiedere una nuova adesione ad un piano di Cooperazione Salute trascorsi almeno 2 anni solari.

19. ESTENSIONE TERRITORIALE

Possono aderire al presente piano esclusivamente i soggetti aventi residenza in Italia. La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni delle prestazioni vengano effettuate in Italia, con pagamento in euro. Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

20. VISITE DI MEDICI INCARICATI DALLA SOCIETÀ

L'Aderente o i suoi Aventi Diritto devono consentire la visita dei medici incaricati dalla Compagnia assicurativa che garantisce la specifica Garanzia a seguito di convenzione assicurativa con la Società, e qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Aderente stesso.

L'accertamento può essere disposto:

- non prima di 48 ore dalla denuncia del Sinistro;
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al Sinistro.

Inoltre, la Società, la Compagnia assicurativa e l'Aderente potranno contattarsi direttamente per richieste di chiarimento o ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione e gestione del Sinistro.

21. RICHIESTA DI INTEGRARE DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL SINISTRO

La Società, o la Compagnia assicurativa che garantisce la specifica Garanzia a seguito di convenzione assicurativa con la Società, può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del Sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Sarà cura della Società, o, nel caso di convenzione assicurativa, della Compagnia, inviare all'Aderente una comunicazione di avviso liquidazione per comunicare la chiusura della pratica.

22. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il diritto all'erogazione delle prestazioni previste dal Piano sanitario da parte dell'Aderente si estingue per:

- sospensione dovuta a ritardo nei versamenti contributivi;
- esclusione disposta in presenza di omissioni contributive, irregolarità o abusi;
- decesso dell'Aderente.

23. DIRITTO ALL'INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE

Se in corso di validità del Piano sanitario l'Aderente decede, i suoi eredi legittimi devono avvisare tempestivamente Cooperazione Salute fornendo i propri estremi e il certificato di morte dell'Aderente. La Società procederà, in caso di versamento annuale anticipato, alla restituzione agli eredi del Contributo di adesione pagato e non goduto dall'Aderente deceduto.

Qualora gli eredi intendano chiedere l'Indennizzo dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura è necessario sottopongano a Cooperazione Salute i seguenti documenti aggiuntivi:

- copia autenticata dell'eventuale testamento con:
 - estremi del testamento;
 - dichiarazione che il testamento sia l'ultimo valido e non sia stato impugnato;
 - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire.

Se non è presente un testamento:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato o pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - l'Aderente è deceduto senza lasciare testamento;
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi;
 - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità.
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Cooperazione Salute a liquidare l'Indennizzo e ai beneficiari di riscuotere quote loro destinate, nel caso di beneficiari minorenni o incapaci di agire;
- fotocopia di un documento di identità valido e di tessera sanitaria/Codice fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per indennizzare i sinistri presentati o ancora da presentare sino alla scadenza della copertura del Piano sanitario.

24. TUTELA DEI DATI PERSONALI

I dati personali dell'Aderente e dell'Avente diritto, forniti a Cooperazione Salute per l'adesione al Piano sanitario e per la fruizione dello stesso, sono tutelati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), come descritto nell'informativa privacy allegata al presente Piano sanitario e, nel caso di adesione a Garanzie indennitarie, nell'informativa rilasciata dalla Compagnia assicurativa coinvolta, nonché nelle informative particolari rilasciate da Cooperazione Salute al momento dell'attivazione della propria Area Riservata e degli eventuali altri strumenti messi a disposizione dalla Società.

25. CONTROLLI

Cooperazione Salute al fine di accertare il diritto dell'Aderente alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi da Cooperazione Salute comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.

26. CHIARIMENTI E RECLAMI

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi, da parte degli Aderenti della copertura sanitaria, sarà Cooperazione Salute attraverso i suoi organi a provvedere a fornire le risposte all'Aderente.

Qualora la richiesta di chiarimento o il reclamo desse vita ad un contenzioso, prima dell'eventuale ricorso all'autorità giudiziaria, Cooperazione Salute e l'Aderente si impegnano ad esperire un tentativo di conciliazione sottoponendo il caso ad una Commissione di Conciliazione appositamente costituita e formata da due medici, uno nominato da Cooperazione Salute e l'altro dall'Aderente. La Commissione esamina i casi ad essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà comunicato all'Aderente. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il proprio medico designato.

27. CONTROVERSIE

Ai sensi del D.lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a

procedimento di mediazione obbligatoria innanzi ad un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, si conviene che l'Autorità Giudiziaria è quella del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente/Assicurato o dell'avente diritto.

28. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE

Per tutto quanto non previsto dalle Norme di Attuazione del Piano sanitario, si fa riferimento allo Statuto di Cooperazione Salute.

ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca.

NEUROCHIRURGIA

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

CHIRURGIA TORACICA

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

CHIRURGIA GENERALE

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.

- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

29

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio.
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA E MAXILLO-FACCIALE

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.

- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

- Tutti.

ALLEGATO 2 - ELENCO GRAVI PATOLOGIE

INFARTO DEL MIOCARDIO

Morte di una porzione di muscolo cardiaco; in seguito, a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

- a) ripetuti dolori al torace
- b) cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto
- c) aumento degli enzimi cardiaci

CORONAROPATIA

Malattia determinata dal restringimento o dal blocco di due o più arterie coronariche quando sia risolvibile con tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia.

ICTUS CEREBRALE

Accidente cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implica morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenziata da deficienza neurologica permanente, T.A.C., o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.), ed il cancro della pelle che non sia il melanoma maligno. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.